滋賀県立総合病院　前方連携担当　あて（FAX：077－582－9712）

ゲ　ノ　ム　外　来　申　込　書

紹介元医療機関名		診療科名	科
		医師名	
TEL　　－　　－		FAX　　－　　－	

病名	画像データのCD－R等
	枚

診察希望日時　（基本的には　月・火曜日13:00～14:00、14:00～15:00　金曜日13:00～14:00）

第1希望	月	日	時	分	第2希望	月	日	時	分
第3希望	月	日	時	分	第4希望	月	日	時	分

患　者　基　本　情　報					
区　分	□ 入院中（貴医療機関に入院中の場合チェックをお願いします）□ ご家族のみ受診				
ふりがな		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏　名		生年月日	年　月　日		
住　所	〒	電話（連絡先）			

本院診察券の有無　□ 無　□ 有　（ 診察券番号　　）

＊本院は、全科共通1患者様において、診察券番号は永久使用で運用しております。

お問い合わせ先　滋賀県立総合病院　前方連携担当　TEL　077－582－9711